

ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Саратов

"__" _____ 20__ г.

ООО «Экстремед», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице директора Чудинова Ю.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _____, именуемый в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Согласно настоящему Договору **Исполнитель** на основании лицензии № ЛО- 64- 01- 000807 от 27.01. 2010г. оказывает платные медицинские услуги с осуществлением необходимых для **Пациента** манипуляций, консультаций и наблюдением после лечения за состоянием **Пациента**, а **Пациент** оплачивает их в соответствии с условиями договора и действующего прейскуранта.

2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Провести лечение **Пациента** силами квалифицированных специалистов, с использованием современных лекарственных средств и методик;
- 2.1.2. Проинформировать **Пациента** о предполагаемом лечении и предупредить о возможных побочных реакциях, особенностях и неудобствах в связи с проводимым лечением, дать рекомендации в период лечения;
- 2.1.3. Не разглашать сведений о **Пациенте** и проведённом ему лечении третьим лицам, кроме случаев, установленных действующим законодательством.

2.2. Пациент обязуется:

- 2.2.1. Выполнять все медицинские предписания и рекомендации, выданные врачом **Исполнителя** индивидуально для **Пациента**;
- 2.2.2. Предоставить истребованные **Исполнителем** медицинские справки о состоянии здоровья, а также результаты медицинских анализов или обследования, необходимых для проведения лечения.
- 2.2.3. При поступлении на лечение к **Исполнителю** рассказать врачу обо всех заболеваниях (отклонениях от нормы), которые были и/или есть у **Пациента**;
- 2.2.4. При ухудшении самочувствия (отклонении от нормы) в период после выполненной процедуры незамедлительно связаться с врачом **Исполнителя по телефонам: 520-520; 58-03-58**.
- 2.2.5. Своевременно оплачивать стоимость медицинских услуг в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим договором.
- 2.2.6. Обращаться для проведения каких-либо лечебных манипуляций и выполнения консультаций к специалистам, не имеющим отношения к **Исполнителю**, только по согласованию с представителем **Исполнителя**. Согласование оформляется письменно и подписывается представителем **Исполнителя**.

3. Ответственность сторон

- 3.1. **Пациент** предупреждён, что сокрытие наличия хронических и инфекционных заболеваний освобождает **Исполнителя** от ответственности в случае наступления осложнений, вызванных данными заболеваниями.
- 3.2. При недостижении желаемого и реально-возможного функционального или клинического эффекта по окончании курса процедур, назначенных **Исполнителем**, последний обязуется оказывать **Пациенту** все возможное содействие для обеспечения преемственности в дальнейшем наблюдении и лечении, достигаемой за счёт сотрудничества с другими лечебными учреждениями.
- 3.3. **Исполнитель** освобождается от имущественной ответственности в случае действия непреодолимой силы, не позволяющей **Исполнителю** завершить начатое лечение (стихийные бедствия, военные действия, массовые беспорядки, заболевания (отклонение от нормы), выявленные после начала лечения и могущие повлиять на положительный результат лечения), а также личной недисциплинированности **Пациента**, и несоблюдении **Пациентом** предписаний врача.
- 3.4. **Исполнитель** не отвечает за недостижение функционального и клинического эффекта в случае. Если **Пациент** был предупрежден при поступлении на лечение о том, что такой эффект в его случае будет достигнут лишь после проведения полного курса лечения, однако полный курс лечения не был завершён **Исполнителем** по инициативе **Пациента**.
- 3.5. Претензии к качеству, объёму услуг, срокам их оказания и споры по договору разрешаются по соглашению сторон в досудебном, а при недостижении согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Прочие условия

- 4.1. Схема лечения определяется врачом. Лечение проводится **Исполнителем** при наличии медицинских показаний и желания **Пациента**.
- 4.2. **Пациент** соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются **Исполнителем** за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей у **Исполнителя**, **Исполнитель** оставляет за собой право направить **Пациента** в иные специализированные ЛПУ.

5. Порядок расчётов

- 5.1. Расчёты сторон по настоящему договору производятся путём оплаты наличными либо безналичными средствами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, согласно утверждённому прейскуранту и предлагаемому объёму оказываемых услуг.
- 5.2. Стоимость предлагаемого объёма медицинских услуг по настоящему договору определяется действующим прейскурантом, предъявляемым **Пациенту** врачом по первому требованию.

6. Действие договора

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует в течение периода до исполнения сторонами обязательств по договору.
- 6.2. Действие настоящего договора может быть прекращено досрочно по взаимному согласию сторон или решению судебных органов Российской Федерации. В одностороннем порядке договор может быть прекращён в случае грубого нарушения своих обязанностей одной из сторон, перечисленных в п.2 настоящего договора.

7. Особые условия

- 7.1. В случае недееспособности **Пациента** на момент заключения договора в настоящем пункте указываются данные его законного представителя _____

8. Адреса и реквизиты сторон:

8.1. Исполнитель

410009 г. Саратов, ул. Рабочая, д. 177 тел: (8452)520-520,58-03-58
р/с 40702810412550029308 в филиале «Бизнес» ПАО «СОВКОМБАНК» г. Москва,
к/с 3010181004520000058, ИНН 6455050119, КПП 645201001

8.2. Пациент

Я, нижеподписавшийся _____, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Экстремед» моих персональных данных. Настоящее согласие действует бессрочно.

Информированное согласие на медицинское вмешательство в ООО «Экстремед»

На основании ст.30 «Права пациента», статьи 31 «Права граждан на информацию о состоянии здоровья», ст.32 «Согласие на медицинское вмешательство» Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан, я, в доступной форме получил информацию о диагнозе заболевания; индивидуальных особенностях состояния моего здоровья; предстоящем мне медицинском вмешательстве (курс лекарственной терапии, диагностическая/лечебная процедура – нужное подчеркнуть); возможных осложнениях и побочных эффектах от предстоящего мне медицинского вмешательства. Я понимаю, что с учетом моих индивидуальных особенностей, риск осложнений при проведении необходимого мне медицинского вмешательства: среднестатистический, выше среднестатистического (нужное подчеркнуть) и обязуюсь проинформировать лечащего врача об их возникновении немедленно. В процессе изложения информации о состоянии моего здоровья врач достоверно информировал меня о предполагаемом медицинском вмешательстве и не скрывал возможных осложнений. На основании полученной информации о состоянии моего здоровья я даю информированное и добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Пациент:

Исполнитель:

Чудинов Ю.М.

(подпись)

(подпись, м.п.)